

申請特殊餐點和（或） 便利安排之醫療陳述書

1. 學校/機構名稱	2. 站點名稱	3. 站點電話號碼	
4. 參與兒童或成人姓名		5. 年齡或出生日期	
6. 家長或監護人姓名		7. 電話號碼	
<p>8. 請勾選一項：</p> <p><input type="checkbox"/> 參與者為殘障人士或具備需要特殊餐點及（或）便利安排的醫療情況。（請參閱此表格背面的相關定義。）參與聯邦營養計畫的學校和機構必須按照要求提供特殊餐點及任何調整的設備。</p> <p><input type="checkbox"/> 參與者並非是殘障人士，但因食物不耐受症或其他醫療原因而請求特殊餐點或便利安排。食物偏好不是使用此表格的正當理由。鼓勵參與聯邦營養計畫的學校和機構針對合理請求給予方便。</p> <p>必須由持照醫生、醫生助理或專科護理師填寫並簽署此表格。</p>			
9. 由於參與者的殘障或醫療情況而請求特殊餐點或便利安排：			
10. 如果參與者為殘障人士，應提供一份簡要說明書，用於描述其生活中有哪些主要活動受其殘障症狀影響：			
11. 特殊飲食配方和（或）便利安排：（請詳細描述，以確保做出正確安排——如有需要，請另紙書寫）：			
12. 說明給予上述參與者的食物結構：			
<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 切碎 <input type="checkbox"/> 磨碎 <input type="checkbox"/> 泥狀			
13. 需要避免的食物和替代食物：（請具體列出需要避免的食物和所建議的替代食物。如有需要，您可以隨附紙頁，用於提供額外資訊）：			
A. 需要避免的食物		B. 所建議的替代食物	
_____		_____	
_____		_____	
_____		_____	
_____		_____	
14. 欲使用的調整設備：			
15. 認可醫療機構的簽名*	16. 正楷填寫之姓名	17. 電話號碼	18. 日期

* 基於此目的，加州認可的醫療機構為持照醫生、醫生助理或專科護理師。

此表格中的資訊應加以更新，以反映參與者目前的醫療和（或）營養需求。

美國農業部禁止以種族、膚色、原國籍、年齡、殘障、性別、性別認同、宗教、報復，某些適用情況還包括政治信仰、婚姻狀況、家庭或父母身份、性取向、個人全部或部分收入源於公共資助專案、農業部執行或支持的工作或專案和活動中有保密基因資訊而歧視其客戶、員工及申請人。（並非全部禁止條件都會應用到所有專案或活動工作。）

如果您希望提送民權歧視計畫申訴，請至網址 http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html、親臨任何一處美國農業部辦事處或致電 866-632-9992 索取並填寫美國農業部計畫歧視申訴表。您也可將所有表格中要求的資訊寫於信中再將您的申訴表或信件寄至美國農業部裁決辦事處主任，地址：1400 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20250-9410、傳真至 202-690-7442 或電郵至 program.intake@usda.gov。聽障、重聽或有言語障礙的人士可透過聯邦中繼服務來聯絡美國農業部，電話：800-877-8339 或 800-845-6136（西班牙語）。美國農業部為提供平等機會的雇主。

申請特殊餐點和（或） 便利安排之醫療陳述書

方法說明

1. **學校/機構**：請工整填寫向家長提供此表格的學校或機構名稱。
2. **站點**：請工整填寫提供餐點的站點（例如校址、托兒中心等）。
3. **站點電話號碼**：請工整填寫提供餐點的電話號碼。請參閱第 2 條。
4. **參與者姓名**：請工整填寫此資訊涉及的兒童或成人參與者。
5. **參與者年齡**：請工整填寫參與者的年齡。若為嬰兒，請填寫其出生日期。
6. **家長或監護人姓名**：請工整填寫索取參與者醫療陳述書之人士的姓名。
7. **電話號碼**：請工整填寫家長或監護人的電話號碼。
8. **請勾選一項**：請勾選(✓)一個方框，藉以表明參與者患有殘障，或者無殘障。
9. **由於殘障或病症而需要特殊餐點或便利安排**：請描述需要特殊餐點或便利安排的病症（例如青少年糖尿病、花生過敏症等）。
10. **如果參與者患有殘障，應提交一份簡要說明書，用於描述參與者生活中有哪些主要活動受其殘障症狀影響**：請描述身體狀況或病症對殘障有何影響。例如：「花生過敏症會引發致命的過敏反應。」
11. **特殊飲食配方和（或）便利安排**：請描述認可的醫療機構所開立的特殊飲食配方或便利安排。
12. **說明食物質地**：請勾選(✓)一個方框，藉以表明所需要的食物質地類別。若參與者不需要任何食物調整，請勾選「正常」選項。
13. A. **需要避免的食物**：請列出需要避免的特定食物（例如「避免流質牛奶」）。
B. **所建議的替代食物**：請列出飲食中應包括的特定食物（例如「高鈣果汁」）。
14. **經改裝的設備**：請描述為了協助參與者進餐而需要的特定設備。（範例包括密封防漏杯、粗把羹匙、輪椅使用者便利傢俱等。）
15. **醫療機構簽名**：請求特殊餐點或便利安排的醫療機構之簽名。
16. **以正楷填寫名稱**：以正楷填寫醫療機構的名稱。
17. **電話號碼**：醫療機構的電話號碼。
18. **日期**：醫療機構簽署表格的日期。

引文出自 1973 年《複健法案》504 節、1990 年《美國殘障者法案》、2008 年《美國殘障者法案補充條款》：

根據定義，「殘障者」係指患有嚴重限制其一種或多種主要日常生活活動的身體或精神障礙、有相關此類障礙的文件記錄，或者被認定患有上述障礙。

「**身體或精神障礙**」係指(a)任何生理失調或症狀、外觀畸形，或者影響以下一種或多種人體系統的肢體殘缺：神經系統，肌肉骨骼系統，特殊感覺器官，包括發音器官在內的呼吸系統，心血管系統，生殖、消化和泌尿生殖系統，血液淋巴系統，皮膚，以及內分泌系統；或者(b)任何心理或生理失調，例如弱智、器質性腦綜合症、情緒或心理疾病，以及學習能力障礙。

「**主要日常生活活動**」包括但不限於：自我照料、手工操作、使用視覺、使用聽覺、飲食、睡覺、行走、站立、抬起、彎曲、言語、呼吸、學習、閱讀、集中注意力、思考、溝通，以及工作等。

「**主要身體功能**」：已經被添加到主要日常生活活動能夠中，且包括免疫系統功能，正常細胞增長，及消化、泌尿、神經系統、腦、呼吸系統、循環系統、內分泌系統與生殖功能。

「**有相關此類障礙的文件記錄**」係指以往曾經有過或者已被劃歸為（或被錯誤劃歸為）身體或精神障礙患者，而且此類障礙嚴重限制其一種或多種主要日常生活活動。